

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-591401

59990

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12610</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Ben Yakkha Samy Amine</u>			
Date de naissance : <u>26/03/86</u>			
Adresse : <u>Horn sura</u>			
Tél. : <u>051750076</u>		Total des frais engagés : <u>34403,40</u> Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
<u>Dr. Sidellheir M.Y. Chayeb</u> <u>Médecin Généraliste</u> <u>Echographie Clinique</u> <u>Université de Montréal (Canada)</u> <u>Tel: 05 37 60 79 66</u>			
Date de consultation : <u>21/12/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Dyzma et Allal Ben Abdellah</u>			
Age: <u></u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Dysautonomie et Allergie</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u></u>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : <u>RAM</u> Le : <u>16/12/2021</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>SA</u>			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/10/2010		02	150.00	INP : Dr. Siddeek (2010) Médecin Généraliste Echographie Obstétrique de Montpellier (France) 37 (H) 79 64

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
B	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté
de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obesite)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونبولي (فرنسا)

Nom: Blattom 79

Témara le 21/12/1998

Age:Ans

Prénom: Samy

T°:C°

Poids: 70 kg

TA:

D - MPS - St

D - Test sucre

D - Test Drimex

D - Test Géroufeli

D - CRP - VS -

D - Urea & Creatinine

D - S : 18 (normal)



Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecin Généraliste

Echographie Clinique

Université de Montpellier (France)

Tel: 05 37 60 79 64

رقم 28 الطابق الأول شارع محمد الزرقطوني حي النهضة - تمارا - الهاتف : 05 37 60 79 64

N° 28 1^{er} étage Av.Med Zarktouni Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64

GSM : 06 68 43 38 21 ICE : 001613243000095

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 201202685

TEMARA le 22-12-2020

Mr Samy-Amine BENHAMZA

N° de dossier : 2012220125

Date de l'examen : 22-12-2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	PRELEVEMENT SANGUIN	–	HN
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0233	Fibrinogène	B40	B
0235	D-DIMERES	B200	B
0370	CRP	B100	B
	Sérologie du SARS-CoV2 (Covid19):	–	HN

Total des B¹ : 760

TOTAL DOSSIER : 1293.41MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : : mille deux cent quatre-vingt-treize dirhams quarante et un centimes

Mode de paiement effectué : Carte bancaire

¹ le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Adbelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obesite)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونبولي (فرنسا)

Témara le

21/12/2010

تمارة في:

Nom:

Blahmza

Age: Ans

Prénom:

Soumy Amni

T°: C°

Poids:

TA:

M. Blahmza de 21 ans.
Allégiante:

Q - Coude droit de 03 mois.

2 appoutrios de episode
de dyspnée et de plus

ferm : râpe et s'ouvre -
rhumatism

MAROCLINIC SARL
CENTRE DE RADIOLOGIE
PASTEUR
TEL: 0537.71.92.30

Dr. Sidelkheir Mly Cherif
Médecin Généraliste
Echographie Clinique
Université de Montpellier (France)

05 37 60 79 64

رقم 28 الطابق الأول شارع محمد الزرقطوني حي النهضة - تمارة - الهاتف : 05 37 60 79 64

N° 28 1^{er} étage Av.Med Zarktouni Hay Nahda - Témara - Tel : 05 37 60 79 64

GSM : 06 68 43 38 21 ICE : 001613243000095

HOPITAL PRIVE PASTEUR

INTERSECTION AVENUE ROBINIA ET AVENUE SOPHORA
HAY RIAD -RABAT-

FACTURE

N° 457 / 2020 du 23/12/2020

Nom patient	BENHAMZA SAMY-AMINE	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	23/12/2020	23/12/2020

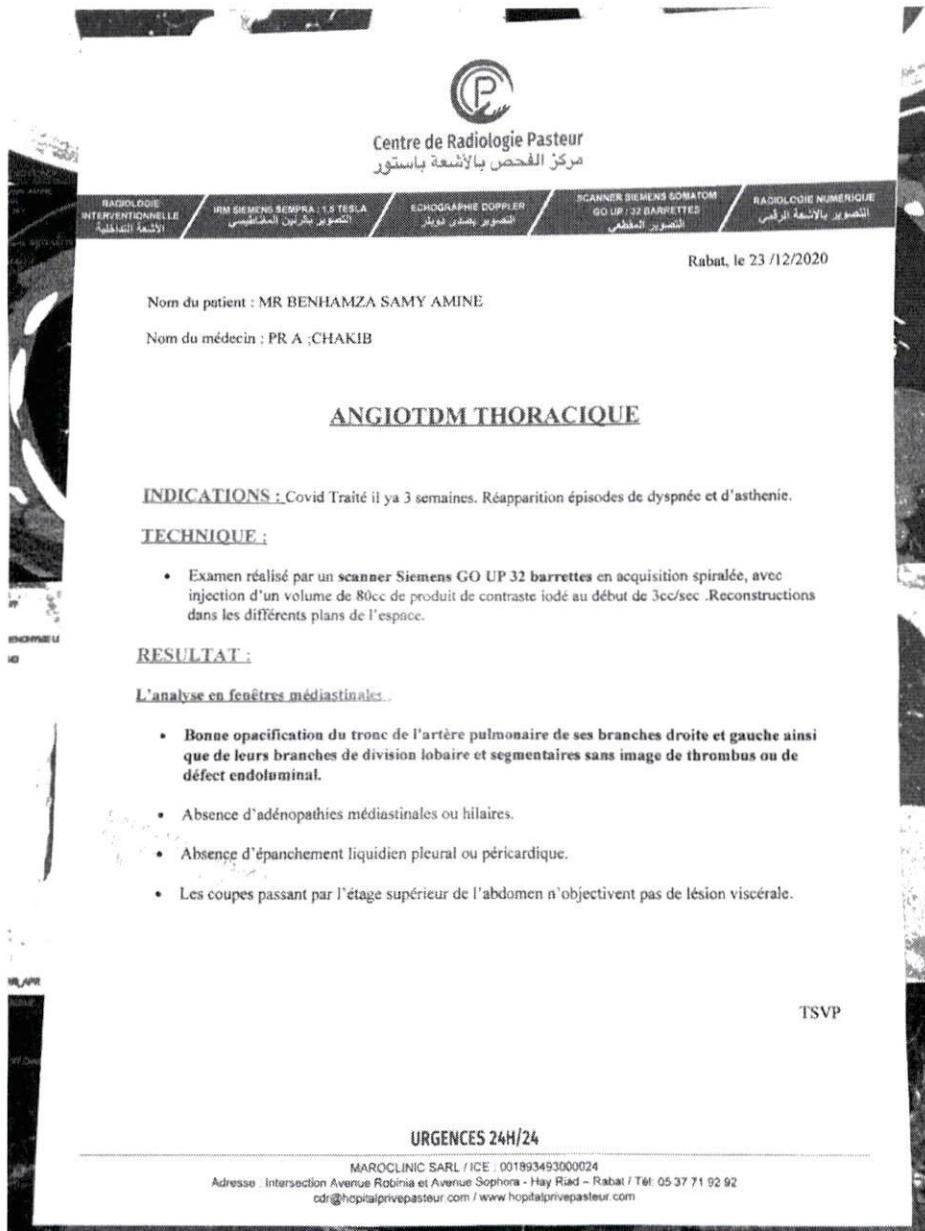
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ANGIOSCANNER THORACIQUE	1.00		2 000.00	2 000.00
			Sous-Total	2 000.00
Total Frais Clinique				2 000.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE DIRHAMS	Total général	2 000.00
---	----------------------	-----------------

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	2 000.00	2 000.00	0.00

Ref Chq : CIH /TBC 7749717/

MAROCLINIC SARL
CENTRE DE RADIOLOGIE
PASTEUR
Tél: 0537.71.92.30





Dossier enregistré le : 22-12-2020 à 15:01

Code patient : 1702230011



Mr Samy-Amine BENHAMZA

Né(e) le : 26-03-1986 (34 ans)

Dossier N° : 2012220125

Prescripteur :

Prélèvement interne

HEMATOLOGIE

International Quality Control (E-CHECK XE® -Kobe Japan)

HEMOGRAMME

Technique de Référence : Cytométrie de flux SYSMEX (XS500I/XN550)

Numération Globulaire

31-03-2020

Hématies (Globules rouges)	5.12	M/ μ L	(4.10-6.00)	5.29
Hémoglobine	15.50	g/dL	(12.30-17.20)	16.00
Hématocrite	45.80	%	(37.30-49.50)	48.00
VGM	89	fL	(80-100)	91
TCMH	30.3	pg	(26.3-33.6)	30.2
CCMH	34	g/dL	(30-36)	33

Formule leucocytaire (Globules blancs)

31-03-2020

Leucocytes	8 370	/mm ³	(3 500-10 200)	8410
Neutrophiles	61.7	% soit	(1 200-6 600)	4962
Eosinophiles	4.2	% soit	(10-1 000)	269
Basophiles	0.4	% soit	(0-150)	42
Monocytes	5.0	% soit	(200-1 100)	530
Lymphocytes	28.7	% soit	(800-4 000)	2607

Numération plaquettaire

Plaquettes	261 000	/mm ³	(150 000-400 000)	258 000
Volume Plaquettaire Moyen		9.7	fl (8.9-13.1)	10.0



Dr Imad EL YAAGOUBI

Directeur du centre
Pharmacien Biologiste
INPE - Professionnel: 107163479



Laboratoire Certifié ISO 9001

**مركز التحاليل الطبية
الوفاق**
مختبر للتحاليل الطبية و المختصة
الجودة، قيمة أساسية في عملنا

د. عmad اليغوبى

مدير المركز، صيدلاني إيجياني
الرقم الوظيفي الاستدلالي المهني: 107163479

2012220125 – Mr Samy-Amine BENHAMZA

VITESSE DE SEDIMENTATION

31-03-2020

VS 1ère heure (Greiner bio-one – infrarouge .)	9 mm/h	(0-15)	7
VS 2ème heure	24 mm/h		20

HEMOSTASE

Contrôle de Qualité Quotidien (S.H.D. – Marburg Germany)

Fibrinogène

(Turbo-densitométrie couplée à l'opto-mécanique (SYSMEX CA-620))

3.15 g/L

(1.50-4.00)

D-Dimères

(Dosage immunologique / SD BIOSENSOR F200)

25.00 ng/mL

0.03 µg/mL

(<500.00)

(<0.50)

Conclusion

Dosage négatif. Une thrombose veineuse profonde
est exclue à 95%.

Dr Imad EL YAAGOUBI
BIOLOGISTE

Dr Imad EL YAAGOUBI

Directeur du centre
Pharmacien Biologiste
INPE - Professionnel: 107163479



Laboratoire Certifié ISO 9001

**مركز التحاليل الطبية
الوفاق**
مختبر للتحاليل الطبية و المختبرة
الجودة، قيمة أساسية في عملنا

د. عmad اليعقوبي

مدير المركز، صيدلاني إحيائي
الرقم الوظيفي الأستدلالي الممهلي: 107163479

2012220125 – Mr Samy-Amine BENHAMZA

BIOCHIMIE SANGUINE

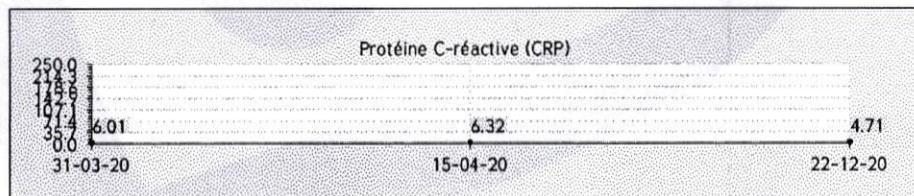
Contrôle de Qualité Quotidien(PreciControl® – Mannheim Germany)

15-04-2020

Protéine C-réactive (CRP)
(Immunoturbidimétrie / Cobas Roche)

4.71 mg/L (<6.00)

6.32



La procalcitonine (PCT) est disponible dans notre laboratoire.

L'intérêt du dosage de la PCT par rapport à celui de la Protéine C réactive (CRP), est en outre son élévation rapide lors d'infection bactérienne. Le dosage de la PCT est donc indiqué lors de suspicions d'infections bactériennes, parasitaires ou fongiques. En revanche, la concentration en PCT n'est pas augmentée au cours des infections virales ou des pathologies inflammatoires non infectieuses.

27-07-2019

Urée
(Colorimétrique enzymatique à 37°C / cobas roche)

0.30 g/l (0.16–0.48)
5.00 mmol/L (2.67–8.00)

0.28

Dr Imad EL YAAGOUBI
BIOLOGISTE





31-03-2020

Créatinine

(Méthode de Jaffé / cobas Roche)

9.60 mg/L (7.00-12.00)
84.9 μmol/L (61.9-106.1)

9.40

2012220125 – Mr Samy-Amine BENHAMZA

Estimation du débit de filtration rénale de **Mr Samy-Amine BENHAMZA**
selon plusieurs méthodes

Selon MDRD simplifiée	95.45 ml/min/1.73
Selon CKD-EPI	102.71 ml/min/1.73

INTERPRETATION :

Stade	Valeur de DFG (ml/min/1.73 m ²)	Interprétation
0	> ou = 90 sans marqueur d'atteinte rénale	Pas d'atteinte rénale
1	> ou = 90 avec marqueur d'atteinte rénale	MRC*avec DFG normal ou augmenté
2	60 à 89	MRC*avec DFG légèrement diminué
3A	45 à 59	IRC modérée
3B	30 à 44	IRC modérée
4	15 à 29	IRC sévère
5	< 15 ou dialyse	IRC terminale

*MRC: Maladie rénale chronique *avec* marqueurs d'atteinte rénale : protéinurie clinique, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de trois mois.

*IRC : Insuffisance rénale chronique

*DFG : débit de filtration glomérulaire



Dr Imad EL YAAGOUBI

Directeur du centre
Pharmacien Biologiste
INPE - Professionnel: 107163479



Laboratoire Certifié ISO 9001

**مركز التحاليل الطبية
الوفاق**
مختبر للتحاليل الطبية و المختصة
الجودة، قيمة أساسية في عملنا

د. عmad اليعكوبى

مدير المركز، صيدلاني إيجياني
الرقم الوطني الأستدلالي المهني: 107163479

2012220125 – Mr Samy-Amine BENHAMZA

31-03-2020

Ferritine
(ECLIA / Cobas Roche E411)

252.10 µg/L

(30.00–400.00)

178.70

Interprétation :

Age	Sexe	Valeurs de référence (ug/L)
<1an		12-327
1-3 ans	-	6-67
4-6 ans		4-67
7-12 ans	Féminin	7-84
	Masculin	14-124
13-17 ans	Féminin	13-68
	Masculin	14-152
17-60 ans	Féminin	15-150
17-60 ans	Masculin	30-400

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Contrôle de Qualité Quotidien (Precicontrol Mannheim, Germany)

SEROLOGIE DU VIRUS SARS-CoV2 (COVID19) – ANTICORPS TOTAUX :
(Technique: ECLIA sur Cobas E411 – Roche Diagnostics)

Résultat
(ECLIA SUR COBAS ROCHE E411)

**Sérologie Positive: Présence d'anticorps
anti-SARS-CoV2 (Cf typage)**

Index

141.10 e/s

(<1.00)

TYPOAGE DES ANTICORPS (PROFIL):

IgM anti-SARS-CoV2:

(Typage par technique immunoenzymatique)

Recherche négative

IgG anti-SARS-CoV2:

(Typage par technique immunoenzymatique)

Recherche positive